

- Wie verhält sich die Beschwerde im Tagesverlauf?

.....
.....
.....

- Bei Schmerzen bitte die Art der Schmerzen ankreuzen:

- stechend
- brennend
- beklemmend
- schießend
- dauerhaft
- Klopfschmerz
- anders

- Haben Sie, neben oben beschriebenen Beschwerden, noch andere?

.....

- Haben Sie Nahrungsunverträglichkeiten oder Allergien?

.....

- Gibt es in Ihrer Familie erbliche Erkrankungen wie Herz-Kreislauf / Diabetes /
Rheuma / Krebs?

.....

- Wenn Untersuchungsergebnisse Ihrer Beschwerden vorliegen, bringen Sie diese bitte mit:
Blut und Labor, MRT / CT, Röntgen

-Hatten Sie Operationen, Krankenhausaufenthalte und/oder Unfälle?

.....

.....

.....

.....

.....

Vorgeschichte

Bitte schildern Sie chronologisch Ereignisse wie Erkrankungen, Operationen, Unfälle und sonstige wichtige Erlebnisse (Arbeitsumstände, Schwangerschaft, Psyche, Auslandsaufenthalte außerhalb Europas)

.....

.....

.....

.....

.....

Weitere Fragen in Bezug auf Ihre Gesundheit.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Allgemein

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Doppelbilder/Sehverschlechterung |
| <input type="radio"/> Gewichtsveränderung | <input type="radio"/> Lymphknotenschwellung |
| <input type="radio"/> Schlaflosigkeit | <input type="radio"/> Deutlich zugenommene Müdigkeit/
Leistungsabnahme |
| <input type="radio"/> Schwindel | |

HNO/Atemwege

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Schlecht Luft bekommen/Kurzatmigkeit | <input type="radio"/> Chronisch erkältet |
| <input type="radio"/> Pfeifende Atmung | <input type="radio"/> Ohrgeräusche/Tinnitus |
| <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Stirn-/Nebenhöhlenentzündung |
| <input type="radio"/> Halsweh/-Entzündung | |

Herz / Kreislauf

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Blutdruckprobleme | <input type="radio"/> Arteriosklerose |
| <input type="radio"/> Erhöhte Cholesterinwerte | <input type="radio"/> Druck oder Schmerzen auf der Brust |
| <input type="radio"/> Herzklopfen / Rhythmusstörungen | <input type="radio"/> Kalte Hände / Füße |
| <input type="radio"/> Krampfadern | |
| <input type="radio"/> Wasser | |

Niere/Blase

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Wiederkehrende Blasenentzündung | <input type="radio"/> Blut im Urin |
| <input type="radio"/> Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="radio"/> Urinfarbe anders (Trüb, Farbe, Geruch) |
| <input type="radio"/> Abnahme Urinstrahl | <input type="radio"/> Nierenentzündung |
| <input type="radio"/> Nachtropfen | |

Frau

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Schmerzhafte Menstruation | <input type="radio"/> Änderung Blutverlust |
| <input type="radio"/> Unregelmäßige Menstruation | <input type="radio"/> Wechseljahrbeschwerden |
| <input type="radio"/> Veränderte Zyklus | <input type="radio"/> Pille/Hormontherapie |

Magen/Darm

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Verstopfung | <input type="radio"/> Übelkeit |
| <input type="radio"/> Magen-Darminfekt | <input type="radio"/> Blähungen |
| <input type="radio"/> Durchfälle | <input type="radio"/> Bauchschmerzen/Krämpfe |
| <input type="radio"/> Trockener Mund | <input type="radio"/> Sodbrennen |

Bewegungsapparat

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Schwellung im Gelenk | <input type="radio"/> Gelenkschmerzen |
| <input type="radio"/> Muskelverspannungen | <input type="radio"/> Muskelschmerzen / Krämpfe |
| <input type="radio"/> Nackenschmerzen | <input type="radio"/> Rückenschmerzen |
| <input type="radio"/> Steifigkeit | <input type="radio"/> Kribbeln/Taubheit |

Haut

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Haarausfall | <input type="radio"/> Trockene Haut |
| <input type="radio"/> Ausschlag/ Ekzem | <input type="radio"/> Übermäßiges Schwitzen |
| <input type="radio"/> Schnell blaue Flecken | <input type="radio"/> Juckreiz |

Empfinden

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Grübeln | <input type="radio"/> Traurig |
| <input type="radio"/> Nervosität | <input type="radio"/> Unentschieden |
| <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Lustlos |
| <input type="radio"/> Konzentrationsschwäche | <input type="radio"/> Wenig Selbstvertrauen |
| <input type="radio"/> Irritation | <input type="radio"/> Hineinfressen |
| <input type="radio"/> Aufbrausend | <input type="radio"/> Gedächtnisschwäche |